

国民健康保険加入状況報告書
同意書

認定対象者氏名	性別	生 年 月 日				年 齢	続 柄
		元号	年	月	日		
(フリガナ)	男	昭 令					
(氏 名)		平					
	女						

上記認定対象者は、健康保険に関しまして、下記のとおり国民健康保険に加入して（いる・いた）ことを報告いたしますとともに、貴組合において関係市区町村へ加入履歴に関する調査・確認を行うことについて同意いたします。

加入先市区町村	都 道 府 県	市 郡	区 町 役 場
国民健康保険の 記号・番号	記 号		番 号
資 格 取 得 日 (国保に加入した日)	平成・令和 年 月 日		
資 格 喪 失 日 (国保をやめた日)	平成・令和 年 月 日		
喪 失 理 由 (国保をやめた理由)			

ジェイティ健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

ジェイティ健保
被保険者

記号

番号

住 所 〒

認定対象者名

被保険者名